**ΕΝΤΥΠΟ 1**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΝΣΩΜΑΤΩΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΑΝΑΠΗΡΙΕΣ,**

**ΥΦΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

|  |
| --- |
| **Διαγωνισμός με συνοπτικές διαδικασίες για την Παροχή Υπηρεσιών Ιατρών Ωτορινολαρυγγολόγων για Αξιολόγηση της Αναπηρίας στα Κέντρα Αξιολόγησης Αναπηρίας στα πλαίσια του Έργου** **«Επέκταση και Αναβάθμιση του Νέου Συστήματος Αξιολόγησης Αναπηρίας»** |

**Με την παρούσα αίτηση υποβάλλω προσφορά για την παροχή υπηρεσιών Ιατρού στην ειδικότητα της Ωτορινολαρυγγολογίας**

**ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΠΟΛΗ Ή ΠΟΛΕΙΣ ΠΡΟΤΙΜΗΣΗΣ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ:**

* **ΛΕΥΚΩΣΙΑ**

* **ΛΕΜΕΣΟΣ**
* **ΛΑΡΝΑΚΑ**

Ημερομηνία Άδειας Άσκησης Επαγγέλματος (η οποία είναι σε ισχύ):

Πολύ Καλή Γνώση της Ελληνικής Γλώσσας (να διαγραφεί ότι δεν ισχύει) : ΝΑΙ / ΟΧΙ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Συμπληρώστε κατάλληλα την πιο κάτω κατάσταση συνημμένων:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ ΕΝΤΥΠΑ** | **ΝΑΙ /ΟΧΙ** |
| Πιστοποιητικό Εγγραφής στο Μητρώο Ιατρών Κύπρου  |  |
| Πιστοποιητικό αναγνώρισης της ειδικότητας από το Ιατρικό Συμβούλιο Κύπρου (αφορά μόνο την αγορά υπηρεσιών από Ιατρούς) |  |
| Αντίγραφο άδειας ασκήσεως επαγγέλματος στην Κύπρο ή σε χώρα Κράτος Μέλος της Ευρωπαϊκής Ένωσης |  |

|  |
| --- |
| Δηλώνω υπεύθυνα ότι:* Οι πιο πάνω πληροφορίες είναι ακριβείς και αληθείς. Σε περίπτωση εσκεμμένης ανακρίβειας η Εκδήλωση Ενδιαφέροντος μου θα απορριφθεί.
* Έχω μελετήσει προσεκτικά και έχω κατανοήσει τους όρους του παρόντος διαγωνισμού.
* Η παρούσα υποβολή προσφοράς συνοδεύεται από όλα τα απαραίτητα πιστοποιητικά.
* Έχοντας επίγνωση των συνεπειών του Ποινικού Κώδικα αναφορικά με τις ψευδείς παραστάσεις και γενικότερα της νομοθεσίας για ψευδείς παραστάσεις, όλες οι πληροφορίες που έχουν καταχωρισθεί ή επισυναφθεί στο έντυπο αυτό είναι ακριβείς και αληθείς.
* Έχω ενημερωθεί για τις πρόνοιες του άρθρου 11 του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου Αρ. 138(Ι)/2001 και συγκατατίθεμαι, σύμφωνα με το άρθρο 5(1) του Νόμου αυτού, όπως το Τμήμα Κοινωνικής Ενσωμάτωσης Ατόμων με Αναπηρίες συμπεριλάβει στα αναγκαία για τους σκοπούς εφαρμογής της νομοθεσίας της αρχεία τα ατομικά μου στοιχεία προσωπικού χαρακτήρα που περιλαμβάνω στο παρόν έντυπο.
* Έχω ενημερωθεί ότι στα πλαίσια των καθηκόντων μου ως δυνητικός αξιολογητής του Νέου Συστήματος, θα διασφαλίζω τη νόμιμη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, ώστε να μη θίγει τα δικαιώματα των υποκειμένων τους ή τρίτων προσώπων, όπως προνοείται στον Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο, 138(Ι)/2001.
 |

Ονοματεπώνυμο υπογράφοντος ……………………………………………………………………………...

Αρ. Τηλεφώνου υπογράφοντος ……………………………………………………………….....................

Διεύθυνση Διαμονής υπογράφοντος……………………………………

Ηλεκτρονική Διεύθυνση υπογράφοντος ………………………………………………………………………………..

Αρ. Δελτίου Ταυτότητας/Διαβατηρίου υπογράφοντος ………………………………………………………………………………..

Υπογραφή: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ημερομηνία: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_